

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907. — N° 114

DE L'EXENTÉRATION COMPLÈTE

SOUS - PÉRIOSTÉE

DE L'ORBITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 28 mai 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FAVRE

Né à Annecy (Haute-Savoie), le 21 janvier 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

DE L'EXENTÉRATION COMPLÈTE

SOUS - PÉRIOSTÉE

DE L'ORBITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 28 mai 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FAVRE

Né à Annecy (Haute-Savoie), le 21 janvier 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT	ASSESEUR.
LORTET	DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	LEPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophthalmologique	ROLLET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.),
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
---	--------

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	LEPINE (J ^e), ch...
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	VORON, ch...
NOVE-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BERARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Étienne ROLLET, président; BÉRARD, assesseur;
NOVE-JOSSERAND et VILLARD, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MEIS ET AMICIS

« L'obligation d'écrire fait pardonner
« ce que l'on écrit ».

(La Bruyère).

Au moment de terminer nos études nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, par leurs enseignements, nous ont préparé à la carrière médicale.

Nous tenons à remercier particulièrement :

M. le professeur Rollet qui nous a inspiré notre thèse et a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence ;

M. Aurand, chef du Laboratoire d'Ophtalmologie ;

M. Moreau, chef de clinique ophtalmologique, qui nous dirigea dans ce travail, et n'épargna pour nous ni son temps ni ses conseils ;

M. Rossigneux, moniteur de clinique Ophtalmologique.

CHAPITRE PREMIER

Exposition

Nous avons eu la bonne fortune, pendant ces deux dernières années, de voir pratiquer par M. le professeur Rollet, dans son service ophtalmologique, plusieurs exentérations sous-périostées de l'orbite, qui toutes ont été suivies d'une restauration plastique plus ou moins importante.

Il ressort pour nous que ces interventions doivent être aussi précoces et aussi larges que possible — l'indication habituelle étant une tumeur maligne — et d'autre part qu'en faisant suivre systématiquement l'intervention de la restauration plastique de la plaie opératoire, on diminue notablement la durée du traitement, et l'on obtient un résultat moins disgracieux, permettant jusqu'à un certain degré l'adaptation de pièces de prothèse.

Nous rappellerons rapidement que l'exentération de l'orbite peut être pratiquée des trois façons sui-

vantes, selon la nature et la marche plus ou moins avancée de la tumeur :

1° *L'exentération complète sous-périostée*, dans laquelle, après le débridement des paupières, l'incision de la base de l'orbite, à travers la conjonctive, jusqu'à l'os, le décollement du périoste orbitaire, et la section du pédicule, on se trouve en face d'une vaste plaie, dont la guérison se fait par bourgeonnement. Mais ce bourgeonnement ne se fait pas sans inconvénient; le tissu cicatriciel, en effet, qui lui fait suite, tire les paupières qui se rétractent, attirées vers le sommet de l'orbite, empêchant d'une façon absolue l'usage d'un œil artificiel, et obligeant d'avoir recours à la prothèse sus-palpébrale, si l'on recherche un résultat esthétique meilleur. Nous ajouterons que, dans quelques cas, l'ablation opératoire plus ou moins complète des paupières vient rendre plus difficile encore la restauration plastique.

2° *L'exentération sous-conjonctivale* dans laquelle on libère la conjonctive bulbaire sans toucher aux muscles en la fendant horizontalement, de manière à avoir deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, le reste de l'exentération se faisant comme dans le premier cas.

3° *L'exentération sus-périostée*, où, respectant le squelette de l'orbite, y compris le périoste, on fait seulement l'ablation complète des parties molles (1).

(1) Lagrange, *Tumeurs de l'Orbite*, t. II, p. 565.

Nous ne décrirons que la première de ces opérations, en étudiant successivement ses indications, la technique opératoire, les méthodes de restauration plastique et leur résultat. Nous reproduirons enfin quelques observations qui ont paru suffisamment intéressantes à notre maître, le professeur Rollet, pour faire le sujet de notre thèse.

CHAPITRE II

Définition. — Historique

L'exentération est une intervention chirurgicale ayant pour but de vider l'orbite, d'une façon plus ou moins complète, de ses parties molles. Nous verrons plus loin quelles sont les indications qui doivent conduire le chirurgien à cette grave intervention.

Aucune mention de cette opération n'est faite dans l'antiquité avant l'ouvrage de Benedetti : *Omnium morborum signa*, publié en 1539, dans lequel nous trouvons le fait suivant. Bartisch, oculiste à Dresde, cernait le globe oculaire et vidait l'orbite avec un couteau recourbé, ayant la forme d'une cuillère tranchante.

En 1596, Fabrice de Hilden opère un magistrat de la manière suivante. Il engage la masse cancéreuse très proéminente dans un sac de cuir à coulisse, dont il ferme l'ouverture en serrant les cordons ; il coupe circulairement la conjonctive, le long de l'insertion des paupières et achève l'opération avec un couteau courbe. Le malade guérit.

Bartolin parle d'un habitant de Leyde, qui mou-

rut d'ailleurs quatre jours après l'opération, chez lequel le globe de l'œil, envahi de masses cancéreuses, fut arraché avec des tenailles.

Louis recommande le premier la section du nerf optique et des muscles avec les ciseaux; Desault y ajoute la division préalable de la conjonctive. Beer et Dupuytren fixent la technique de l'opération, que vient encore perfectionner Bonnet (1) (1841).

Sichel (1852) recommande (2) l'évidement de l'orbite, suivant le procédé de Desault; on se rend compte, dans mainte observation de son *Iconographie*, que le procédé opératoire se perfectionne. Nous ne ferons que citer les observations suivantes qui nous ont paru les plus intéressantes :

Observation 199 : cancer mélanique du pourtour de l'œil;

Observation 199 *bis* : cancer mélanique de l'orbite;

— 252 : tumeur encéphaloïde de l'orbite gauche ayant récidivé après extirpation du globe oculaire;

Observation 254 : cancer fibreux volumineux de l'orbite gauche.

Van Rosbroëck (1853) insiste sur la nécessité de l'opération (3), dont il ne donne aucun détail d'ailleurs, et regarde les secours de la chirurgie, dans les tumeurs oculo-orbitaires, comme « tout à fait passagers et palliatifs ».

(1) Bonnet, *Traité des Sections tendineuses et musculaires*, p. 321.

(2) Sichel, *Iconographie Ophthalmologique*.

(3) Julien van Rosbroeck, *Cours d'Ophthalmologie*.

Demarquay (1) rapporte une longue observation de tumeur cancéreuse de l'orbite, opérée plusieurs fois, avec cinq récidives. A la dernière intervention, l'ablation de la tumeur nécessita la résection des parois de l'orbite dans toute la partie interne et dans le tiers inférieur et supérieur.

Enfin Fano (1886) écrit (2) : « Lorsque le cancer est arrivé à une période avancée, que l'œil est déjà en partie, et à plus forte raison en totalité, envahi par la dégénérescence, il convient d'enlever non seulement les parties molles de l'orbite, mais l'œil lui-même ».

Telles sont les étapes successives, marquées chacune de quelque perfectionnement nouveau, d'une intervention mal réglée au début, sans technique bien nette, tardive bien souvent, et qui, actuellement, faite après un diagnostic précoce, prolonge presque toujours l'existence des malades et les guérit quelquefois d'une façon durable.

(1) Demarquay, *Traité des Tumeurs de l'Orbite*.

(2) Fano, *Traité pratique des Maladies des yeux*, t. I, section II, p. 187.

CHAPITRE III

Indications

Deval écrivait déjà (1) en 1844 : « Lorsque le globe est en proie à une dégénérescence qui doit infailliblement conduire le malade au tombeau, il nous est parfois donné de calmer des souffrances cruelles, de pallier une difformité hideuse et de prolonger l'existence, en délivrant l'économie d'un organe qui n'est propre qu'à y porter le trouble et à y verser un venin destructeur.

«... Les affections malignes qui militent pour l'extirpation du globe s'offrent à nous sous des formes variées. Dans quelques cas, l'œil devient dur, bosselé, proéminent et se couvre de vascularités; il se convertit graduellement en une masse, dans laquelle on a de la peine à reconnaître les tissus naturels, adhérents entre eux, confondus et décomposés; tout sentiment de lumière est aboli; les douleurs lancinantes s'irradient au front, aux tempes, à toute la tête (exophtalmie squirreuse); enfin la tumeur se creuse d'ulcères profonds qui secrètent une sanie abondante et infecte, et d'où s'élèvent des végétations fongueuses; le mal marche dès lors avec rapi-

(1) Ch. Deval, *Chirurgie Oculaire*, chap. VIII, pp. 296 et suiv.

dité, et le malheureux est emporté par une inflammation du cerveau, par une résorption purulente, ou succombe dans le marasme. Le cancer du bulbe n'atteint jamais ce développement sans altérer les tissus limitrophes; les voiles palpébraux deviennent turgescents, d'un rouge livide et sont renversés au dehors; quelquefois les os se carient...

« Fondés sur ce que la dégénérescence repullule dans quelques cas à l'autre œil qui en avait été exempt jusque-là, Rosas et d'autres chirurgiens rejettent, dans de telles circonstances, l'extirpation du globe.

« Je ne puis partager cette opinion...; quelque peu nombreuses que soient les chances de réussite, il y aurait inhumanité à refuser au malade la seule ancre de salut que l'art puisse lui offrir; l'opération me paraît indiquée, lorsque le fongus ne s'est pas fait jour au dehors depuis trop longtemps, ou quand étant encore emprisonné dans l'organe, il fait de tels progrès qu'une issue fatale est inévitable. »

Deval indique ensuite la technique de son intervention qui est une véritable exentération complète.

De Wecker (1) dit de son côté que l'exentération de l'œil et de toutes les parties molles contenues dans l'orbite, opération grave, ne doit être tentée que lorsque « une tumeur maligne a pris dans cette région un développement considérable et aboli les fonctions de l'organe visuel ».

(1) De Wecker, *Traité d'Ophtalmologie*, IV, p. 944.

Dans sa 22^e Leçon clinique, Gayet (1) présente un papillo-sarcome mélanique et parle d'un mélanosarcome conjonctival; il laisse entendre qu'en pareille occurrence il faut faire le plus largement possible l'ablation des parties molles, sans compter d'ailleurs sur la guérison définitive, car les généralisations du cancer mélanique sont les plus fréquentes et les plus rapides. Le second malade cité plus haut mourut, quatorze mois après l'intervention, d'un cancer secondaire de l'estomac.

C'est donc dans les cas de tumeurs malignes que l'exentération se trouve indiquée; malheureusement, le terme de tumeur maligne n'a rien de précis et les symptômes cliniques seront souvent insuffisants pour indiquer la nécessité de cette exentération. D'autre part, les observations, nombreuses déjà dans la littérature ophtalmologique, prouvent que l'évidement complet de la cavité retarde les récidives des tumeurs de l'orbite.

Les tumeurs de l'orbite, primitives quelquefois, sont parfois secondaires à des épithéliomas palpébraux, et plus souvent à des tumeurs malignes intra-oculaires. Le professeur Lagrange (2) dit, en manière de conclusions, dans son *Traité* :

« 1^o Les tumeurs malignes intra-oculaires se propagent de bonne heure dans l'orbite. Cette propagation explique la grande fréquence des récidives locales;

(1) Gayet, *Éléments d'Ophtalmologie*.

(2) Lagrange, *Traité des tumeurs de l'Œil, de l'Orbite et de ses Annexes*, t. II, pp. 565-566.

« 2° Dans la thérapeutique des tumeurs malignes intra-oculaires, *l'évidement de l'orbite doit être la règle, l'énucléation, l'exception*;

3° L'énucléation convient seulement aux leucosarcomes fusiformes du tractus uvéal et aux rares cas de gliome endophyte au début;

« 4° L'évidement complet de la cavité orbitaire doit toujours être pratiqué dans le sarcome mélanique du tractus uvéal, dans le sarcome blanc embryonnaire et dans la grande majorité des gliomes rétiniens. »

Le savant professeur de Bordeaux ajoute que, lorsque ces néoplasmes intra-oculaires sont encore cliniquement enfermés dans l'œil, c'est l'exentération sous-conjonctivale qui leur convient, et que lorsqu'ils sont de toute évidence propagés en dehors de la sclérotique, l'opérateur devra recourir à *l'exentération totale, sous-périostée*, de la cavité orbitaire.

Telles sont les indications générales de l'exentération sous-périostée; les faits qui s'y rapportent sont disséminés dans les ouvrages des différents auteurs; et pour mettre plus de clarté et de précision dans cette étude, nous devons, à l'exemple du professeur Lagrange, auquel nous faisons de nombreux emprunts, passer successivement en revue trois groupes de faits :

1° Les tumeurs du nerf optique;

2° Les tumeurs des autres parties molles de l'orbite;

3° Les tumeurs des parois.

A. — *Tumeurs du nerf optique.*

Ces tumeurs sont le plus souvent des *sarcomes* ayant plus ou moins subi la dégénérescence muqueuse; les sarcomes purs, de même que les myxomes purs sont très rares; on ne rencontre pratiquement que des myxo-sarcomes.

Nous ne ferons que signaler les *endothéliomes*, dont le point de départ est l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

Il y a enfin le *gliome* du nerf optique, qui est plus souvent secondaire que primitif, plus souvent un glio-sarcome ou un glio-myxome, c'est-à-dire en réalité une variété de sarcome.

Or, ces tumeurs (1) ont un triple caractère :

- a) Elles n'envahissent pas le globe de l'œil.
- b) Elles ne se propagent pas aux tissus orbitaires et sont comme enkystées dans l'orbite.
- c) Elles s'étendent vers le chiasma et ne menacent l'économie que de ce côté.

Donc, sectionner le nerf optique d'une part au sommet de l'orbite, d'autre part au ras de l'œil, remplira les conditions d'une bonne opération. L'excision, à cause de l'encapsulement habituel du néoplasme, sera généralement inutile, plus souvent l'état du globe conduira à l'énucléer. M. Rollet (2) a dernièrement encore enlevé devant nous un sarcome du nerf optique en conservant le globe.

(1) Lagrange, *Diagnostic et traitement des Tumeurs de l'Orbite*, Société Française d'Ophthalmologie, Congrès de 1903.

(2) Rollet, Société Française d'Ophthalmologie, mai 1907.

B. — *Tumeurs des autres parties molles de l'orbite.*

Nous ne ferons que mentionner les kystes qui guérissent par l'extirpation complète; les angiomes encapsulés par l'ablation, les angiomes diffus par l'électrolyse, l'exophtalmie pulsatile par la compression ou la ligature de la carotide primitive; les pseudo-tumeurs, par l'application des topiques ou des médications internes. Bien plus importantes sont les véritables tumeurs, pour lesquelles il n'y a pas de traitement médical.

Les *fibrômes* et les *fibro-sarcomes* à cellules fusiformes sont ordinairement encapsulés et bien limités; aussi peut-on dire que l'exentération n'est jamais indiquée dans ces cas, où l'ablation simple de la tumeur seule, ou de la tumeur avec le globe, suffiront toujours.

Le *lymphadénôme*, quelquefois enkysté, est souvent une affection très grave. On se comportera donc avec lui comme avec le sarcome, que nous allons étudier, c'est-à-dire que l'on aura le plus souvent recours à l'exentération complète, s'il est possible de dépasser ainsi les limites du néoplasme. Il ne faut, en effet, pas compter sur une extirpation facile, comme dans un cas de lymphadénôme enkysté publié par le professeur Rollet (1), où il n'y eut pas de récurrence. Les cas semblables publiés sont rares dans les annales ophtalmologiques.

Nous arrivons enfin aux *sarcomes*, tumeurs si fréquentes, et surtout si graves par leur malignité et

(1) Rollet, *Revue Générale d'Ophtalmologie*, février 1903.

leur développement extrêmement rapide, que le plus souvent la question ne se pose même pas de savoir si l'on peut sauver l'œil, mais bien de savoir si l'on peut sauver la vie du malade. Aussi pouvons-nous dire de suite que l'on fera quelquefois l'exentération sous-conjonctivale, dans les cas d'intégrité absolue de la conjonctive; mais qu'ordinairement l'exentération sera complète, sous-périostée.

Nous citons plus haut les conclusions d'un mémoire présenté par le professeur Lagrange à la Société de chirurgie en mai 1891, et nous rappellerons simplement la dernière où il est dit que l'on doit toujours pratiquer l'évidement complet de la cavité orbitaire dans le sarcome mélanique du tractus uvéal, le sarcome blanc embryonnaire et la grande majorité des gliômes rétinien.

M. Terson (1) se range à cet avis pour les tumeurs sarcomateuses intra-oculaires qui ont perforé le globe, pour celles où la section du nerf le montre néoplasé, et pour le gliôme; dans les autres cas, il se borne à énucléer en sectionnant le nerf le plus loin possible; lorsque le sarcome intra-oculaire est bien limité, il regarde l'exentération de l'orbite comme une mutilation inutile, persuadé que le danger de ce sarcome est plus dans la métastase que dans la repullulation locale.

M. Abadie (1) va plus loin et dit même que, dans le cas de gliôme, on peut se contenter de l'énucléation sans faire d'emblée l'exentération, et que celle-ci

(1) Société française d'Ophtalmologie, Congrès de 1903. Discussion sur le Rapport du professeur Lagrange.

n'est alors pas suffisante dans les cas où l'orbite est déjà envahi, pour éviter les récidives.

Cela est peut-être vrai dans quelques cas; mais il faut bien songer que les tumeurs restent intra-oculaires beaucoup moins longtemps qu'on ne pense; l'histologie a montré l'infiltration précoce des cellules morbides le long des vaisseaux ou à travers les plans fibreux de la sclérotique; cliniquement, la tumeur est encore localisée; en réalité, elle n'est déjà plus intra-oculaire, et l'énucléation n'enlève qu'une partie du mal, et c'est alors pour avoir voulu trop conserver que tout est perdu.

Il faut néanmoins, avant d'en arriver à ces interventions mutilatrices, s'entourer de toutes les garanties possibles.

« Une tumeur (1), de quelque nature qu'elle soit, n'a aucune tendance à rétrocéder; elle ne fait que s'accroître; aussi ne peut-on la laisser livrée à elle-même; à plus forte raison s'il s'agit d'un sarcome embryonnaire, l'abstention aurait les plus graves inconvénients... Le traitement médical n'existe presque pas; pourtant, à la toute première période, lorsqu'on hésite sur la nature de la tumeur, il est bon d'essayer un traitement médical, car s'il est très utile d'énucléer sans retard un œil atteint de tumeur sarcomateuse, il est fort regrettable d'en arriver à la même mutilation pour un œil non dangereux à conserver et quelquefois même guérissable, comme dans les cas de pseudo-tumeurs, gommes, etc...

(1) *Les Sarcomes de l'Orbite, leur pronostic.* Barroyer, thèse de Lille, 1899-1900.

« Aussi, est-il bon dans ces cas de suivre la pratique de Panas, qu'il a résumée dans un article des *Archives d'ophtalmologie*, dont voici les conclusions :

1° En présence d'une tumeur réputée sarcomateuse, il faut, alors même qu'on s'est éclairé par l'examen histologique, songer à l'origine infectieuse et ne recourir aux opérations qu'après traitement préalable resté infructueux;

2° Parmi les moyens de traitement dont nous disposons, on doit enregistrer le mercure, l'arsenic et la toxithérapie...;

3° La recherche du point d'origine de l'infection et la détermination bactériologique des toxines qui sont en cause contribuent à asseoir le diagnostic et à poser les bases d'un traitement rationnel. La chirurgie, souvent impuissante dans les sarcomes et lymphadénômes de l'orbite, vient après. »

Panas dit ailleurs : « Le sarcome de l'orbite, quelle que soit la variété, comporte l'intervention chirurgicale et complète; ce n'est qu'à ce prix qu'on évitera, dans la mesure du possible, les récides qui ne sont que trop fréquentes. En faveur de l'extirpation radicale, nous citerons l'observation de Combalat, relative à un homme de trente-cinq ans, chez lequel il survient, en 1879, un sarcome orbitaire avec exorbitis.

« L'ablation de l'œil et de la tumeur, faite un an plus tard, fut suivie de repullulation et ce n'est qu'après une *exentération totale* que la guérison eut lieu. Elle est restée définitive depuis sept ans. »

Nous trouvons dans la thèse de Chaillous (1) une observation de M. Salva (de Grenoble) d'un sarcome de l'orbite enlevé sans énucléation, le malade s'opposant formellement à l'ablation de son œil. Un an après l'opération, le malade va bien au point de vue de l'œil. La tumeur — un leuco-sarcome globo-cellulaire — ne présente pas de récurrence dans l'orbite, malgré les craintes de l'opérateur. Mais on trouve du côté du palais deux petites tumeurs métastatiques.

Chaillous donne en outre une longue série d'observations d'ablations de tumeur sans exentération, en s'aidant pour une ablation plus complète, de l'opération de Krœnlein. Malgré cela, on note de nombreuses récurrences.

Et comment en serait-il autrement, puisque la récurrence s'observe déjà après nombre d'exentérations précocement faites?

Nous avons dit un mot déjà des *gliômes* intra-oculaires et de la manière d'intervenir que préconisent MM. Terson et Abadie; M. Galezowski semble être du même avis lorsqu'il dit dans la même discussion à la Société française d'ophtalmologie : « L'exentération n'est pas justifiée dans les tumeurs oculaires : c'est l'énucléation ».

Au sujet du gliôme de la rétine, assez souvent guéri par l'énucléation simple, Lagrange fait remarquer qu'il en existe deux variétés : 1° des gliômes vrais qui méritent le nom de neuro-gliômes; 2° des angio-sarcomes. Les premiers sont bénins; mais pour

(1) Chaillous, *Opération de Krœnlein dans les affections de l'Orbite*, thèse de Paris, 1900-1901.

les seconds qui sont très malins, on ne fait, à son avis, jamais d'ablation trop large.

Le D^r Hugo Wintersteiner (1), dans son travail *Das Neuroepithelioma Retinæ*, paru en 1897, a pu réunir 497 cas de gliômes rétiniens dans la littérature ophtalmologique; il faut y ajouter 31 cas qui lui sont personnels et 5 cas que Panas rapporte dans son ouvrage. En tout 533 cas, pour lesquels on connaît les suites de 326, qui ont donné 68 guérisons de deux ans et plus, 13 guérisons de un an, 15 récidives (suivies de mort vraisemblablement) et 230 morts constatées.

Panas (1) fait suivre cette statistique des réflexions suivantes : « A la suite des interventions précoces, le gliôme guérit plus souvent que ne le pensaient les anciens opérateurs. Cette différence d'appréciation provient non d'une erreur de nos prédécesseurs, mais des conditions meilleures dans lesquelles on opère depuis déjà nombre d'années, c'est-à-dire de la précocité plus grande des opérations...

« Si la plupart des gliômes guéris l'ont été par une simple énucléation accompagnée ou non d'une résection plus ou moins complète du nerf optique, il n'en est pas moins certain que beaucoup d'enfants ont succombé parce que l'on a laissé dans leur orbite un nerf optique malade ou même des particules inappréciables de la tumeur qui ont donné lieu plus tard à une infection de l'encéphale ou des os de la face.

(1) Cité dans Panas et Rochon-Duvigneaud, *Recherches sur le glaucome et les Néoplasmes intra-oculaire*, pp. 376 et suivantes.

« Dans notre observation II, l'énucléation d'un globe d'aspect parfaitement sain... a donné lieu cependant à une récurrence dans le tissu orbitaire et le tronc du nerf. Réséquer le nerf n'eût pas suffi, il eût été nécessaire de faire d'emblée *l'exentération de l'orbite*. Rien n'indiquait sans doute, d'après nos idées actuelles, une telle opération; elle eût, cependant, peut-être sauvé l'enfant.

« Contrairement à ce qui est vrai pour le sarcome choroidien, où l'exentération n'est indiquée que s'il existe des nodules épiscéraux, il est nombre de cas de gliômes où la période glaucomateuse établie, il faudrait vider l'orbite et n'en laisser que la paroi osseuse. Car si l'exentération orbitaire pour récurrence a donné quelquefois une guérison définitive, cet heureux résultat n'en est pas moins exceptionnel, et presque toujours se manifeste plus tard une propagation encéphalique. »

Il ne faut donc pas réserver l'exentération aux seuls cas où le néoplasme a visiblement perforé la sclérotique et envahi l'orbite, car il est trop tard déjà, le néoplasme a devancé le chirurgien, fusant dans le nerf optique, et dépassant dès lors la zone accessible à l'intervention. Il faut lutter de vitesse, telle est la seule tactique admissible.

Il faut se méfier aussi, ayant toujours présent à l'esprit que le gliôme peut récidiver dans l'orbite même alors que la coque oculaire paraît intacte et que l'ophtalmoscope a seulement montré une atrophie du nerf optique.

C. — *Tumeurs des parois.*

Les tumeurs bénignes cèdent à la première intervention, sans récidiver; parmi elles citons les collections enkystées, les kystes hydatiques du sinus et surtout les ostéomes. L'ablation de ces derniers est toutefois d'un pronostic plus grave, la mortalité restant élevée (1).

Autrement graves sont les cas où l'on a affaire à des *ostéo-sarcomes* et des *épithéliomes* car ils ont généralement un développement trop avancé pour être arrêté. La règle, dans l'ostéo-sarcome, est d'amputer le membre dans la contiguïté; mais à l'orbite, comment appliquer une loi pareille? C'est impossible. Ou il faudrait alors une tumeur bien récente et un diagnostic très précoce, et l'on tenterait alors l'exentération complète de l'orbite, dont on n'attendra jamais dans ces cas les résultats que l'on obtient dans d'autres circonstances.

(1) Tchilinghirof, *Ostéomes de l'Orbite*, thèse de Bordeaux, 1899-1900.

CHAPITRE IV

Technique opératoire.

L'exentération complète sous-périostée de l'orbite est donc une opération grave, comme nous avons pu le voir par ses indications elles-mêmes. Et cette gravité ne réside pas tant dans les suites de l'opération, qui sont généralement simples, mais bien dans son insuffisance de pouvoir atteindre un mal qui a déjà pénétré dans la cavité crânienne. Telle est du moins l'opinion de Wecker (1). D'autre part, peu d'opérations ont une technique aussi nette, et, dirons-nous, une facilité d'exécution aussi grande, grâce au facile décollement du périoste. Nous ne dirons rien de l'instrumentation nécessaire, et après avoir dit que l'on doit faire l'anesthésie générale, nous suivrons les différents temps de l'opération, si magistralement indiqués par M. Lagrange, dans son *Traité des tumeurs de l'orbite* (2).

Cette opération se pratique en quatre temps :

- 1° Débridement des paupières;
- 2° Incision de la base de l'orbite jusqu'à l'os;
- 3° Décollement du périoste orbitaire;
- 4° Section du pédicule.

(1) De Wecker et E. Landolt, *Traité d'Ophtalmologie*, t. IV, pp. 184, 185.

(2) Lagrange, *Tumeurs de l'Orbite*, t. II, p. 529.

Premier temps. Débridement des paupières. —

Le but de ce premier temps est de donner un accès plus large sur la cavité orbitaire, de manière à pouvoir opérer plus aisément; on l'exécutera donc dans tous les cas, même celui, le plus fréquent, où la néoplasie a entièrement respecté les paupières.

Dupuytren, par un coup de ciseaux à chaque angle, formait deux volets, l'un supérieur qu'il relevait, l'autre inférieur qu'il abaissait.

Langenbeck conseillait de conduire la section à travers la peau jusqu'au rebord orbitaire, mais en laissant du côté du grand angle un espace de 2 centimètres non sectionné; ce pédicule permet de renverser les paupières vers le côté nasal, temporairement, et, l'exentération terminée, de les remettre en place et de suturer l'incision.

Lagrange recommande comme toujours suffisant, le procédé d'Acrel et Desault, qui consiste en une canthotomie allant jusqu'au rebord orbitaire externe, et qui offre sur celui de Langenbeck l'avantage de ne pas exposer au sphacèle les lambeaux palpébraux.

M. le professeur Rollet fait la canthotomie externe et libère par une incision la paupière supérieure, du côté temporal.

Deuxième temps. Incision de la base de l'orbite.

— Ce temps ne présente aucune difficulté. A l'aide d'un bistouri à lame courte, on incise, exactement au point de réunion des parois orbitaires avec les os de la face, tout le cercle conjonctival, jusqu'à l'os.

Troisième temps. Décollement du périoste orbitaire. — A l'aide d'une rugine, on décolle tout le périoste de l'orbite. Ce décollement, très facile surtout chez l'enfant, doit être effectué très doucement au niveau des parties amincies de la voûte orbitaire et surtout de la paroi interne (lame pagyracée de l'ethmoïde et unguis). En effet, « le périoste de l'orbite tapisse régulièrement les quatre parois de la cavité orbitaire. Solidement fixé à la surface osseuse au niveau du rebord de l'orbite et au niveau des sutures il ne lui adhère que faiblement sur tous les autres points, d'où son décollement facile (1)... » Ce décollement est fait jusqu'à la fente sphénoïdale et au trou optique. A ce moment, le chirurgien a dans la main un cornet fibreux, comme un parapluie à moitié ouvert, contenant tous les organes de l'orbite : globe oculaire, muscles, vaisseaux et nerfs, glandes et tissu graisseux, et le néoplasme lui-même comme inclus dans un sac; le tout n'est plus adhérent au fond de l'orbite que par le pédicule formé par le nerf optique et les vaisseaux et la zone de réunion du périoste avec la dure-mère.

Quatrième temps. Section du pédicule. — On sectionne le pédicule avec les ciseaux de Cooper que l'on introduit le long de la paroi externe de l'orbite; on peut auparavant pincer le pédicule avec une forte pince hémostatique, en avant de laquelle on fera la section.

M. Lagrange a employé un procédé très élégant,

(1) Testut, *Anatomie descriptive*, t. III.

faisant l'hémostase et la section du pédicule en même temps à l'aide d'une anse galvano-caustique portée au rouge sombre.

De Wecker recommandait de porter la pointe du thermo-cautère jusque sur le foramen optique; c'est, en effet, là une chose que l'on peut faire en cas d'hémorragie, et plus simple que le procédé de Verneuil, consistant à mettre une pince à demeure sur le pédicule, pendant deux jours.

L'opération est terminée, et l'on passe à la toilette de la cavité orbitaire : eau oxygénée, tamponnement de la cavité. On suture en dernier lieu les incisions palpébrales et l'on fait un pansement compressif.

La guérison de la plaie orbitaire se fait par bourgeonnement. A mesure que la guérison progresse, les paupières sont attirées dans l'intérieur de la cavité orbitaire par le travail cicatriciel, et finissent par la recouvrir presque entièrement. On comprend qu'alors la mise en place d'un œil artificiel soit impossible, à moins d'avoir recours à la prothèse suspalpébrale.

Telle est la technique de l'exentération complète sous-périostée, telle du moins qu'on la pratique lorsqu'une tumeur maligne, visiblement étendue aux tissus orbitaires, n'a pas permis d'entrevoir une autre intervention.

Mais il est extrêmement fréquent que l'on commence une opération mutilatrice moins importante sur les organes de la cavité orbitaire, une énucléation par exemple, et qu'alors seulement se révèle l'étendue réelle du néoplasme, qui force la main et force à ter-

miner l'énucléation commencée par une exentération complète sous-périostée atypique.

Ainsi en est-il dans notre observation III; de même dans notre observation V où l'énucléation terminée, on trouve l'orbite complètement envahi par la tumeur mélanique que l'on extirpe par morcellement et en détachant à la rugine le périoste adhérent.

Nous avons dit que « la cicatrisation s'opérait par des bourgeons charnus ostéophytiques qui, en s'organisant, attirent les paupières dans la profondeur, de façon à constituer un entonnoir cutané assez disgracieux. On a songé à y remédier par des greffes de Thiersch, dont l'avantage est de raccourcir le travail de réparation, d'empêcher ou de modérer l'entropion et de permettre au besoin la prothèse oculaire (1) ».

Blépharoplastie.

Ceci nous amène à parler de la blépharoplastie, qui prend parfois une grande importance; nous avons, en effet, dans notre description de la technique opératoire, supposé que les paupières, n'étant pas atteintes par la néoplasie, étaient conservées. Mais il arrive dans un nombre de cas relativement considérables, que les paupières, envahies seules, ou au même titre que le contenu orbitaire, doivent être également enlevées. Il en est ainsi dans nos observations I, III, IV, VI, VII, VIII.

Desmarres écrivait en 1854 : « La blépharoplas-

(1) Panas, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 454.

tie (1) étant une opération dont les résultats sont souvent peu brillants même entre les mains des plus habiles, il n'y a lieu d'y recourir que lorsque le malade doit en retirer un véritable avantage ; de plus, elle exige de longues incisions, une dissection minutieuse de grandes surfaces, l'application de beaucoup de sutures ; elle est très fréquemment suivie d'érysipèles et a plus d'une fois compromis la vie des malades, circonstances qui, certes, ne doivent point empêcher le chirurgien de la pratiquer, mais qui lui imposent le devoir d'en réserver l'application aux seuls cas où elle est rigoureusement indiquée... »

La question n'a plus à l'heure actuelle cette gravité qui était due au manque d'antisepsie, et nous ne craignons ni de provoquer l'érysipèle ni de compromettre la vie des malades.

D'autre part, devant l'importante mutilation qui résulte d'une exentération dans laquelle les paupières ont dû être sacrifiées, la blépharoplastie doit moins être recherchée dans un but esthétique, toujours extrêmement difficile à atteindre dans les grands délabrements, que dans le but d'aider et de rendre plus rapide la tendance naturelle à la cicatrisation, et d'élever plus tôt, contre l'infection toujours possible, une barrière plus résistante.

La blépharoplastie n'utilise point pour la reconstitution des paupières le tissu de cicatrice ; elle s'adresse à des destructions beaucoup plus graves, comme dans le cas qui nous occupe, après exenté-
ra-

(1) Desmarres, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 526.

tion avec ablation des paupières. Il faut alors emprunter du tégument sain, soit sur l'individu lui-même — *autoplastie* — en utilisant les parties voisines de la face, ou même éloignées du reste du corps, soit sur un sujet étranger — *hétéroplastie* — homme ou animal (lapin, cobaye, grenouille...).

Nous ne faisons que citer l'hétéroplastie, très rarement employée en chirurgie oculaire.

Quant à l'autoplastie, elle peut être extrêmement variée, mais tous les procédés employés peuvent se ramener à l'une des méthodes suivantes :

1° Méthode des greffes;

2° Méthode italienne, par lambeau pédiculé à distance;

3° Méthode indienne par pivotement.

4° Méthode française par glissement.

Toutes ces méthodes sont exposées dans les divers traités de chirurgie oculaire. Nous ne parlerons que de la dernière, et d'un procédé qui en dérive, employé depuis plusieurs années par le professeur Rollet pour la restauration des paupières après ablation d'une tumeur maligne.

Méthode française par glissement. — Dieffenbach réparait la perte de substance de sa paupière par un lambeau cutané trapézoïde taillé du côté externe; la partie restée à découvert est elle-même réparée par des greffes de lambeaux dermo-épidermiques pris sur un membre ou livrée à la cicatrisation par bourgeonnement.

Szymanowski avec un lambeau plus grand rhom-

boïdal, Arlt avec un lambeau carré, Burrow (1856) avec son lambeau de même forme que la perte de substance, ne font que s'inspirer de la méthode de Dieffenbach.

Serre (1), en 1842, cherche à utiliser pour la restauration de la paupière supérieure la paupière inférieure : il taille dans celle-ci un lambeau qu'il fait glisser directement en haut pour le fixer à la perte de substance de la paupière supérieure. Suture. Après cicatrisation, section du lambeau à sa base.

Blépharoplastie à tiroir : procédé de M. Rollet.

— « Ce procédé (2) consiste à substituer au glissement latéral de la méthode française le glissement vertical. On dissèque un lambeau qui est tiré de façon à venir reconstituer la paupière enlevée; si les deux paupières sont à réparer, on libère deux lambeaux... »

Dans les cas où l'épithélioma s'étend à la paupière inférieure, il faut :

1° Sectionner toute la paupière aux ciseaux droits et au bistouri sur la plaque de Pellier métallique;

2° Prolonger verticalement en bas les incisions d'ablation du néoplasme; bien libérer ce lambeau; faire l'hémostase...; en définitive, la ligne horizontale qui constituera le nouveau bord palpébral coupe les deux lignes verticales à l'union de leur tiers supérieur avec leurs deux-tiers inférieurs;

3° Pour reconstituer le bord ciliaire, élever le

(1) Serre, *Traité de l'Art de restaurer les difformités de la face*, 1842.

(2) Rollet, *Traitement de l'Epithélioma palpébral. La Blépharoplastie à tiroir* in *Revue générale d'Ophtalmologie*, février 1906.

lambeau en l'attirant au-dessus des bords sains, car, comme on le pense, il aura des tendances à descendre. Suture au fil de fer recuit; catgut sur le bord marginal;

4° Greffe de muqueuse pour reconstituer le cul-de-sac conjonctival;

5° Suture indispensable au fil de soie du bord supérieur du lambeau au bord libre de la paupière supérieure.

« Le pansement est levé le cinquième jour et le malade peut partir vers le dixième jour; c'est donc une méthode rapide. On opère dans la région sous-palpébrale et on n'a pas à disséquer, comme dans les autres procédés, des lambeaux dans le voisinage qui glissent mal, qui se rident et laissent une nouvelle brèche à suturer. Ce procédé à tiroir me semble donc à retenir par sa simplicité. »

Dans d'autre cas, où l'épithéliome s'étend à l'angle interne et aux moitiés internes des deux paupières, on utilise un double tiroir. Nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois par M. le professeur Rollet et par M. Moréau, chef de clinique; nos observations IX et X en sont des exemples. Les deux lambeaux sont suturés l'un à l'autre, ainsi qu'en dehors aux fragments des paupières supérieure et inférieure. Le drainage est assuré par une mèche de gaze.

Au bout d'une huitaine de jours, le voile préorbitaire est coupé en son milieu, vers la ligne de réunion.

Le résultat a toujours été très satisfaisant; les

tissus sont semblables à ceux de la paupière; le seul inconvénient est l'abaissement du sourcil.

Orbitoplastie : procédé de M. Rollet par retournement. — Le but recherché par le professeur Rollet dans l'orbitoplastie n'est plus la réédification des paupières, mais leur utilisation pour combler la cavité orbitaire. Celle-ci, après l'exentération, a une tendance naturelle à attirer dans son fond les paupières qui s'entropionnent. Au lieu de faire dans le fond de la cavité des greffes de Thiersch, M. Rollet retourne résolument la paupière supérieure sur la face supérieure de la cavité orbitaire, la paupière inférieure sur le plancher; avant ce retournement, il faut, à l'aide des ciseaux, faire l'abrasion du bord ciliaire. On fait ainsi un véritable capitonnage de l'orbite. C'est au-dessus de ces deux paupières repoussées, tapissant la cavité orbitaire, qu'on fait le tamponnement et le pansement compressif ordinaires. On prévient ainsi ce qu'opérerait la nature seule, et en l'aidant, on diminue d'autant la durée du travail d'occlusion de la cavité. Ce procédé n'a d'ailleurs aucune prétention esthétique; nous l'avons vu employer plusieurs fois, soit par le professeur Rollet, soit par son chef de clinique, M. Moreau, comme chez le malade de notre observation III.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Epithélioma térébrant, œil gauche. Exentération.

C... Louis, soixante et un an, cultivateur, entre le 8 novembre 1905 dans le service de M. le professeur Rollet pour une affection siégeant principalement à l'angle interne de l'œil gauche, et envahissant légèrement la paupière supérieure.

Le malade a eu, il y a quinze ans, un érysipèle de la face; à la suite de cette affection les paupières restèrent closes pendant trois semaines environ. Le malade guérit tout à fait.

Deux ou trois ans après il constata sur la partie gauche de son nez un petit bouton qui s'acérût progressivement, s'ulcéra, se recouvrit d'une croûte que le malade enlevait au fur et à mesure de sa production. Les croûtes se reproduisirent un certain nombre de fois. Traitée par des caustiques, l'ulcération s'étendit d'une marche très lente. C'est douze ans après le début de l'affection que le malade est opéré par M. Rollet. Il sort guéri par cette intervention chirurgicale.

Il y a deux mois, le malade constata que son œil pleurait; il constata, à la suite de cet épiphora, que du sang presque pur s'écoulait de son œil. Sa vue baissa, puis il ne put plus soulever sa paupière supérieure : son œil est resté fermé depuis.

A cette époque le malade sentit de vives douleurs au

niveau du globe oculaire, en même temps qu'une céphalée violente. Puis il constata qu'il se produisait une perte de substance à l'angle interne de l'œil, perte de substance qui augmenta de jour en jour. C'est en voyant continuer cet état de choses qu'il vint à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement à l'inspection, on constate, sur la partie gauche du nez une cicatrice, trace de l'opération précédente. L'œil est fermé, les cils sont agglutinés, la paupière supérieure présente une coloration violacée. La paupière inférieure, en ectropion, forme un repli très accusé.

A l'angle interne de l'œil, nous constatons une large perte de substance partant de cet angle interne et gagnant par un trajet oblique dirigé de bas en haut et de dedans en dehors la partie moyenne de la paupière supérieure; les bords de cette excavation sont taillés à pic, rougeâtres, bourgeonnants. A la partie inféro-interne, cette excavation présente un bourgeon peu développé, à la place des points lacrymaux et de la caroncule lacrymale. Cette excavation est très profonde et se continue avec la paroi de l'orbite. Si on l'examine, on la trouve rouge, profonde de 15 millimètres au moins : dans son intérieur on constate le reliquat du tendon du grand oblique.

A la palpation on constate que cette ulcération saignant facilement, repose sur une partie indurée; il existe une masse dure, cachée par la partie supéro-interne de la paupière supérieure, indépendante du rebord orbitaire; même masse indurée en bas à l'angle interne; les régions avoisinantes, le nez, l'arcade sourcilière sont indolores.

Il y a un ganglion pré-auriculaire très net, et un gros ganglion sous-maxillaire.

Le malade ne souffre pas, mais les mouvements des paupières sont absolument impossibles. Si on les entr'ouvre, on constate l'immobilité du globe oculaire lorsqu'on commande au malade divers mouvements.

La vision de l'œil gauche est conservée; on constate une légère injection des vaisseaux de la conjonctive oculaire.

L'état général, qui n'a jamais été mauvais, est excellent en ce moment.

Le 11 novembre 1905, on pratique l'exentération complète sous-périostée de l'orbite, suivant le procédé classique. Le néoplasme ayant envahi les paupières, on est obligé de pratiquer l'ablation totale de la paupière supérieure, et de la moitié interne de la paupière inférieure. Les parois de l'orbite présentant un aspect fongueux, surtout la paroi interne, on fait un curetage, et la curette effondre la paroi du sinus frontal, et des sinus ethmoïdaux antérieur et postérieur.

Drainage de la cavité à la gaze iodoformée, suivant la méthode de Miculicz.

Le malade part, alors que sa cavité orbitaire n'est pas encore comblée; il revient le 7 avril presque complètement guéri; le fond de l'orbite présente encore une petite plaie de 8 millimètres carrés environ; le reste de la cavité orbitaire est complètement recouvert de tissu sain, mais le travail de réparation a légèrement attiré en arrière la région sourcilière.

On examine l'état de la sensibilité dans la région péri-orbitaire; on constate dans le territoire de l'ophtalmique gauche que la sensibilité est normale pour la piqure, diminuée pour le contact, et abolie pour le froid.

Le malade raconte que pendant deux mois et demi toute cette région était comme « endormie » et que depuis deux mois la sensibilité revient peu à peu. Il part le 11 avril.

OBSERVATION II (personnelle)

Phtisie du globe. — Mélano-sarcome de la chorôïde. —

Exentération complète sous-périostée.

B... Aldérie, cinquante ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rollet, le 28 avril 1906.

Rien comme antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a douze ans, le malade aurait reçu dans la région orbitaire une pièce de bois, dont une esquille lui aurait fait une piqûre à la cornée; il aurait vu clair pendant quatre ou cinq jours après l'accident. Il n'y aurait pas eu d'hémorragie, mais un œdème considérable des paupières, avec épiphora. Il se serait ensuite produit un écoulement purulent, dû sans doute à une infection consécutive des voies lacrymales. Phlegmon de l'œil probable.

Deux mois après le traumatisme, phtisie du globe.

Le malade n'a jamais eu de douleur; mais il y a deux mois, il s'aperçut que son œil grossissait, et que sa paupière s'ectropionnait; en même temps l'épiphora augmentait, et la sécrétion muco-purulente devenait plus abondante. Pas de baisse de la vue. Il y a quelques jours le malade eut trois fois dans la journée, et pendant deux ou trois secondes chaque fois, un brouillard assez marqué, qui ne s'est pas renouvelé.

Actuellement, il y a un ectropion complet de la paupière inférieure, recouverte d'une sécrétion muco-purulente assez abondante; la muqueuse ectropionnée est très injectée; on observe un cercle péricératique assez marqué.

Sur le globe, phtisique, apparaît une tumeur noire violacée, occupant la partie comprise entre cet organe et le rebord osseux; elle a envahi tout le cul-de-sac conjonctival inférieur, et fait une saillie considérable à l'extérieur.

La cornée est petite, irrégulière, la chambre antérieure a disparu; l'iris rétracté et décoloré, est accolé contre la cornée.

La tumeur a le volume d'une grosse amande, et est formée de trois masses principales, noires, apparaissant bien sous la conjonctive qui les recouvre; ces masses sont noir violacé.

L'œil lui-même est refoulé en haut : aucune partie du globe n'est visible par l'ouverture palpébrale.

Pour cet œil, œil gauche $V = O$; OD. $V = \frac{2}{3}$.

Le diagnostic de mélanosarcome s'impose, et l'exentération acceptée par le malade.

1^{er} mai 1906 : L'exentération est pratiquée par M. le professeur Rollet, complète et sous-périostée.

Examen de la pièce (M. Aurand, chef du Laboratoire d'Ophthalmologie). — La tumeur est de forme quadrilatère; de 3 centimètres sur 3,5 centimètres, ses bords sont arrondis, et sa surface mamelonnée; elle est enveloppée d'une capsule qui s'amincit considérablement au niveau des bosselures, qui paraissent gris brunâtre.

Sur la face antérieure de la tumeur, on voit un reste de moignon oculaire complètement englobé par la tumeur, un peu en arrière de l'insertion des muscles, et surtout à la partie inférieure du moignon. Au centre de celui-ci apparaissent trois ou quatre plicatures, au milieu desquelles on voit un petit sillon noirâtre, vestige, probablement, de la perforation du globe. On ne voit plus de cornée.

A la coupe on se trouve en présence d'une tumeur entièrement noire, divisée en lobes par des travées conjonctives sombres, les unes grisâtres, les autres couleur sépia. Le moignon est complètement rempli par la tumeur, et le sillon que nous avons signalé sur sa partie antérieure, n'est que le début de la propagation en dehors de la tumeur. La sclérotique, festonnée et épaissie en avant, a été complètement éventrée en arrière par la tumeur. Mais on voit partir du pôle postérieur de ce qui constitue les restes du moignon, une sorte d'étoile conjonctive à cinq branches, toile fibreuse formant les cloisons principales de cette tumeur. La capsule de celle-ci est extrêmement mince.

OBSERVATION III (personnelle)

Sarcome de la choroïde. — Enucléation de l'œil droit, suivie d'exentération sous-périostée. — Orbitoplastie.

P... Louise, cinquante-huit ans, cultivatrice, vient à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Claire, service de M. Rollet, le 11 août 1906.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Son affection oculaire a débuté il y a quatre ans par l'apparition brusque d'un brouillard devant l'œil, et une baisse de la vue; peu à peu se produisit de l'exophtalmie. Elle ressentit de violentes douleurs pendant trois mois, qui cessèrent complètement pendant deux ans. C'est depuis le mois de novembre 1905, que la malade ressent de nouvelles douleurs, et qu'elle sent sa tumeur augmenter.

Actuellement, elle est porteuse d'une grosse tumeur, du volume d'un œuf de poule, et qui fait saillie hors de l'orbite; cette tumeur très vasculaire, a une teinte lie de vin; sa consistance est élastique; elle est assez mobile.

La paupière supérieure est ecchymotique; de nombreux vaisseaux s'y dessinent en relief.

La conjonctive, éversée hors de l'orbite, recouvre la tumeur qui l'a entraînée avec elle.

Le globe est complètement enfoui dans la masse de la tumeur, et siège à la partie inférieure de celle-ci; il est invisible.

La cornée, englobée, elle aussi, est à peine visible quand on écarte les bords de la tumeur qui la recouvrent.

On fait le diagnostic de sarcome de la choroïde, et l'on décide de faire l'énucléation de l'œil.

Opération. — L'opération est pratiquée le 11 août; mais les masses néoplasiques ayant envahi l'orbite, l'énucléation jugée insuffisante, est suivie de l'exentération complète sous-périostée. La paupière inférieure est enlevée en totalité; tout le bord ciliaire est réséqué à la paupière supérieure.

Celle-ci, après curetage de la cavité orbitaire, est rejetée en arrière, et plafonne l'orbite.

18 août 1906. — On fait le premier pansement. La paupière est bien restée en place; elle ne présente pas la moindre trace de sphacèle; elle occupe à peu près la moitié antérieure de la paroi supérieure de l'orbite.

10 septembre. — La plaie évolue bien; la malade quitte le service.

7 décembre. — La malade vient nous revoir. Il n'y a pas

de récidence locale, ou de voisinage ; pas de métastase. La cicatrisation marche bien ; il n'y a plus dans le fond de l'orbite qu'une plaie de bonne apparence, de la surface d'une pièce de 1 franc.

Examen anatomique (M. Aurand, chef du Laboratoire d'Ophthalmologie). — La tumeur extirpée a le volume d'une mandarine ; il ne reste du globe oculaire que la coque scléroticale recroquevillée et complètement remplie d'une masse noire ; la cornée seule est encore apparente sous le bourrelet de la conjonctive épaissie. Les trois quarts postérieurs de la coque oculaire sont complètement englobés par la tumeur mélanique.

OBSERVATION IV (résumée et personnelle)

Epithélioma de toute la paupière inférieure. — Exentération sous-périostée. — Tiroir.

P... Augustine, cinquante-six ans, entre à la clinique ophthalmologique du professeur Rollet le 9 février 1907.

Pas d'antécédents, ni héréditaires, ni personnels.

Lorsqu'elle se présente à nous, la malade nous montre, à gauche, une paupière inférieure rongée, ulcérée. La lésion, excavée, fongueuse, donne issue à un liquide puriforme.

La conjonctive bulbaire est rouge, épaissie. Le globe de l'œil, repoussé en haut, est complètement caché sous la paupière supérieure.

La malade a conservé une vue normale ; rien à la cornée ; rien à l'œil lui-même.

Sur le front, du côté gauche, on remarque des cicatrices provenant, dit la malade, d'une opération (?).

On remarque également que les lèvres sont couvertes de croûtes, et des cicatrices le long du tibia, du côté droit.

A la région cervicale et dans les creux sus-claviculaires, on note l'existence de *taches circinées*, de teinte légèrement

brunâtre, les unes brillantes, les autres mates, faisant penser, soit au pityriasis versicolor, soit à la syphilis.

10 février. — La malade est mise au traitement mercuriel : on lui fait des frictions.

14 février. — Frictions et iodure.

20 mars. — Devant le résultat négatif du traitement spécifique, M. le professeur Rollet pratique l'exentératoïn complète; il y ajoute la résection complète de la paupière inférieure qui est entièrement ulcérée par le néoplasme; puis, abaissant la paupière supérieure, après abrasion du bord ciliaire, il la suture en bas, sur la région sous-orbitaire, en ménageant à la partie interne et à la partie externe une ouverture de drainage.

3 avril 1907. — La malade présente de l'anesthésie à la piqûre dans le domaine de son sus-orbitaire, et même de l'ophtalmique.

Examen anatomique (M. Aurand, chef du laboratoire d'ophtalmologie). — A la coupe de la masse exentérée, on constate, au niveau de la moitié interne du pôle postérieur du globe, une tumeur grisâtre s'étendant du nerf optique à l'équateur de l'œil; cette tumeur adhère fortement à la sclérotique au niveau de sa portion équatoriale.

OBSERVATION V (personnelle)

Sarcome mélanique de la choroïde. — Exentération complète sous-périostée atypique.

D... Germain, quarante-cinq ans, cultivateur, entre à la clinique ophtalmologique du professeur Rollet le 28 février 1907.

Il a l'œil droit malade depuis sept à huit ans environ. Le malade fit déjà deux séjours à l'Hôtel-Dieu. Mais il revient aujourd'hui pour une aggravation des phénomènes.

Sa femme est vivante, bien portante; il a quatre enfants

bien portants et n'en a jamais perdu. Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

L'affection oculaire commença il y a environ huit ans, et a débuté par de violentes névralgies intra-craniennes et périorbitaires, puis peu à peu l'acuité visuelle de l'œil gauche diminua.

A ce moment il vint à l'Hôtel-Dieu, mais seulement à la consultation; on ne lui fit rien.

Cinq mois après, il reçut un coup de bois dans l'œil. Il revient alors à l'Hôtel-Dieu où il fait un séjour de un mois. Il raconte qu'avant l'accident la vue était déjà complètement abolie dans cet œil. On fit le diagnostic d'irido-cyclite, et on le traita par des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Depuis ce traumatisme l'œil est resté rouge et légèrement douloureux à la pression, mais à aucun moment il n'y eut de violentes douleurs spontanées. Depuis six mois seulement l'exophtalmie s'est montrée, et c'est ce symptôme qui amène le malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, l'œil gauche présente une exophtalmie très marquée, les paupières ne peuvent recouvrir le globe. Elle est directe, sans aucune déviation; les mouvements du globe sont complètement abolis.

Les paupières sont normales.

La cornée a conservé sa transparence, elle n'est pas ulcérée.

La conjonctive est un peu injectée dans toute son étendue, avec un cercle péricératique très marqué; mais il existe en outre en dedans et en dehors deux énormes veines flexueuses qui sortent de l'œil à 1 millimètre environ du limbe, et, se dirigeant en arrière, disparaissent dans le cul-de-sac conjonctival.

La chambre antérieure a complètement disparu; elle est remplacée par le cristallin qui, luxé en avant et cataracté, est appliqué contre la face postérieure de la cornée.

A la périphérie du cristallin on aperçoit l'iris, mais pro-

fondément modifié, et en certains points complètement noir.

Fond d'œil inéclairable. $V = O.$

A la palpation. — Le globe est dur, mais pas déformé. En palpant avec soin le pourtour orbitaire on ne sent en aucun point de tumeur; il existe seulement en bas et en dedans un empâtement diffus.

Il existe des deux côtés des ganglions sous-maxillaires très mobiles, mais ils sont beaucoup plus volumineux du côté de la tumeur.

L'état général du malade est resté bon. Il dit n'avoir pas maigri.

Le 2 mars 1907, opération sous anesthésie, énucléation du globe oculaire, suivant le procédé de Tillaux, mais au moment de la section du nerf optique, le globe se vide en partie.

Après l'énucléation, on trouve l'orbite complètement rempli par une tumeur mélanique, que l'on est obligé d'extirper par morcellement. On procède à l'éviscération de l'orbite, le périoste est ruginé avec soin, mais la tumeur se prolonge dans le crâne à travers le trou optique; elle ne peut être enlevée en totalité.

Examen anatomique de la pièce (M. Aurand, chef du laboratoire d'ophtalmologie). — Le globe oculaire est déformé, il est devenu piriforme et à son extrémité postérieure effilée adhère une masse noirâtre champignonneuse qui couvre presque tout le pôle postérieur et se continue sous forme de bourgeon.

A la coupe, la sclérotique est amincie; l'angle scléro-cornéen a disparu; la coque oculaire est détruite à 5 millimètres dans la partie postérieure de la tumeur qui, après avoir perforé la sclérotique, s'épanouit en petite masse bilobée au milieu de laquelle on aperçoit encore le tractus blanc fibreux de la sclérotique. Toute la cavité oculaire, sauf la chambre antérieure, est remplie par une masse noire, laissant encore une cavité centrale anfractueuse.

La chambre antérieure est complètement remplie par le cristallin qui est repoussé en avant par la tumeur. La face

postérieure aussi est devenue absolument plane; la lentille a donc épousé la forme de la chambre antérieure. L'iris est naturellement complètement adhérent à la cornée, atrophié, et ne se voit plus que sous la forme de petit liseré gris qui se continue jusqu'aux procès ciliaires également grisâtres.

OBSERVATION VI (personnelle)

Epithélioma de la conjonctive bulbaire et palpébrale inférieure gauche. — Exentération sous-périostée.

D... Jean, cinquante-six ans, cultivateur, entre dans le service de M. le professeur Rollet, le 16 mars 1907.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a dix-sept ans le malade a eu l'œil gauche traumatisé par un collier de cheval.

En 1897, il a fait un premier séjour dans le service, pour une irido-choroïdite et un bouton à l'angle externe de l'œil gauche. Il est alors opéré par M. Gayet.

Enfin, il y a un an, il est opéré, à Châlons, pour une tumeur du sac, du côté gauche toujours. La cicatrisation se fait bien; mais l'œil s'injecte, ce qui décide le malade à venir à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement, on note dans la région du sac une érosion en forme de canal; les paupières sont bouffies; la conjonctive est injectée et épaissie; les culs-de-sac conjonctivaux sont remplis de pus et d'infiltrats blanchâtres. La cornée elle-même est recouverte d'exsudats et ulcérée dans sa moitié inférieure; elle est opacifiée et vascularisée dans la totalité de sa surface.

Le malade n'a qu'une légère sensation lumineuse lorsqu'on projette des rayons dans la moitié supérieure de sa cornée.

L'exentération, à cause de la propagation de l'épithélioma à la conjonctive bulbaire, est pratiquée par M. le profes-

seur Rollet le 23 mars; elle est complète sous-périostée; la paupière inférieure est abrasée; la paupière supérieure conservée dans sa totalité.

Examen anatomique (M. Aurand, chef du laboratoire d'ophtalmologie). — A la coupe, on constate que la coque oculaire est doublée, de la portion inférieure jusqu'à 5 millimètres de la pupille, par une tumeur grisâtre, lardacée, épaisse de 1 centimètre, dont la portion antérieure enlevée laisse voir une énorme papille piriforme. La tumeur se continue sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres jusqu'au niveau du limbe scléro-cornéen sous forme de bourrelet qui envahit la moitié de la cornée.

La tumeur a perforé le globe au niveau du limbe; le bourrelet cornéen peut être soulevé avec une pince et laisse voir ainsi au-dessous la cornée transparente. Le cristallin est luxé en arrière.

Le bourrelet cornéen, qui occupe toute la moitié inférieure de la cornée, se continue avec la surface tomenteuse et ulcérée de la tumeur conjonctivale.

5 avril 1907. — Le malade quitte le service avec un orbite complètement exentéré en voie de bourgeonnement; la paupière supérieure, par sa flaccidité, ferme l'orifice orbitaire.

Le malade présente une anesthésie, dans le domaine du sus-orbitaire, à la piqure, et dans toute la région orbitaire, de l'anesthésie thermique.

OBSERVATION VII (de Lapersonne) (1)

Cylindrôme de l'orbite. — Exentération sous-périostée.

Il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans qui se présentait avec une volumineuse tumeur orbitaire ayant son point

(1) F. de Lapersonne et D^r E. Mettey, in *Archives d'Ophtalmologie* 1906, p. 193 et suivantes.

de départ dans la partie supérieure et externe de l'orbite, embrassant l'œil en haut et en dehors, le repoussant et l'immobilisant en exophtalmie inféro-interne. Quelques nodules étaient adhérents à la partie profonde de la peau, à la hauteur de la glande lacrymale orbitaire. La consistance de cette tumeur était franchement dure, elle paraissait très adhérente au périoste du rebord orbitaire externe. L'œil lui-même ne présentait aucune lésion. Son acuité visuelle était de 0,7. La papille, très nette, n'offrait aucun signe de stase.

L'affection avait débuté quatre ans auparavant par une petite grosseur au niveau de l'angle externe des paupières. Le malade aurait d'abord suivi un traitement interne. Puis, entré à l'hôpital de Limoges, on lui avait fait l'ablation de la tumeur, ce qui avait fait disparaître douleurs et exophtalmie. La cicatrice de cette opération occupait exactement la moitié externe du bord inférieur du sourcil. Pendant quinze mois le malade n'avait remarqué aucune récurrence. C'était seulement depuis deux ou trois mois qu'il avait constaté à nouveau le développement de la tumeur.

Le malade ayant été étudié pendant quelques temps avec soin à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il nous parut que le seul diagnostic rationnel était celui de sarcome récidivé de l'orbite, avec point de départ dans la région de la glande lacrymale orbitaire. Quant à la conduite à tenir, elle n'était pas douteuse, c'était *l'exentération complète de l'orbite avec détachement du périoste*, surtout en dehors, qu'il fallait faire. Cette opération a été pratiquée le 3 novembre 1905. Jusqu'ici il n'y a pas eu de récurrence; les paupières, conservées en partie, s'enfoncent en entonnoir dans l'orbite.

La tumeur donnait bien l'aspect du tissu sarcomateux, mais sa disposition était curieuse. Le néoplasme engainait toute la partie externe et supérieure du globe, fusait dans l'entonnoir musculaire et entourait complètement le nerf optique sans le comprimer. L'ophtalmoscope l'avait déjà

démontré; un examen histologique minutieux n'a fait reconnaître dans ce nerf aucune lésion de dégénérescence.

La tumeur est formée de lobules assez réguliers, de dimensions variables, le plus gros occupant plutôt le centre. Ils sont limités par un stroma à cellules conjonctives très nettes. Au point de rencontre de plusieurs lobules, on voit des vaisseaux qui envoient leurs branches peu nombreuses et peu volumineuses dans les travées conjonctives interlobulaires. Dans son ensemble la tumeur est peu vasculaire.

Malgré les recherches les plus minutieuses, il ne nous a pas été possible de trouver les restes de la glande lacrymale orbitaire. Nous sommes absolument certain, cependant, d'avoir détaché avec le plus grand soin tout le périoste de la fossette lacrymale en même temps que la tumeur.

Nous ne croyons pas que les préparations puissent laisser un doute sur le diagnostic histologique du cylindrôme, ou d'épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux.

L'évolution clinique, en y réfléchissant bien, diffère sensiblement de celle du sarcome orbitaire. Le point de départ tout d'abord, est dans la région de la glande orbitaire; sa marche est lente : après une ablation probablement incomplète, le néoplasme met plus de quinze mois avant d'acquiescer un volume attirant l'attention du malade. A la manière de certains épithéliomas péribulbaires, la tumeur engaine l'œil sans l'altérer, entoure le nerf optique sans le comprimer, puisque la vision était conservée et la papille intacte. Et c'est cette marche relativement lente qui permettrait peut-être de songer au *cylindrôme plexiforme, tumeur maligne puisqu'elle envahit les tissus* au lieu de les refouler, mais moins maligne que certaines autres formes de l'épithélioma, puisqu'elle est entourée par une barrière fibreuse, qui empêche les propagations rapides et les fusées cellulaires, si fréquentes dans les néoplasies du type épithélial.

OBSERVATION VIII (Morax)

Epithélioma pénétrant des paupières. — Eviscération de l'orbite. — Prothèse orbitaire (1).

B... Edouard, soixante-dix ans, jardinier, vient le 27 octobre 1903, à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière pour une lésion palpébro-oculaire de l'œil droit dont les débuts remontent à plusieurs années et qui ont déjà nécessité des interventions.

Antécédents héréditaires. — Il n'y a rien à relever dans les antécédents héréditaires du malade. Il n'a pas connaissance de néoplasie chez ses parents, tous deux morts âgés. De ses quatre frères, deux sont morts accidentellement à soixante-cinq et soixante-seize ans; un troisième est mort de tuberculose à quarante-huit ans; le quatrième est bien portant.

Antécédents personnels. — Notre malade a toujours joui d'une excellente santé. Il a fait son service militaire en Afrique, mais il n'y a contracté ni paludisme, ni syphilis.

Il est marié. Sa femme a eu trois grossesses normales et est accouchée à terme d'enfants vivants et actuellement encore en parfaite santé.

En 1897, en travaillant de son métier de jardinier, le malade reçoit à la figure une plante déracinée qui lui fait deux petites blessures au bord inférieur de la paupière de l'œil droit, l'autre à la région temporale voisine. Au dire du malade ces plaies ne se seraient jamais complètement cicatrisées et auraient été l'origine de l'affection actuelle. C'est vers la même époque que se serait développé l'ectropion muqueux de la paupière inférieure gauche.

En septembre 1898, le malade se rend aux Quinze-Vingts

(1) M. Morax, in Société d'Ophtalmologie de Paris, avril, juin, juillet 1904 (p. 289 et suiv. du *Recueil d'Ophtalmologie 1904*).

où notre confrère Kalt lui fait une excision palpébrale et conjonctivale.

Lorsque le malade se présente à nous, il est en pleine récidence palpébro-oculaire d'épithélioma. Il est en outre affecté depuis quelque temps de douleurs spontanées très violentes dans l'orbite et autour de l'orbite, empêchant le sommeil, ce qui surtout l'a engagé à venir nous demander conseil.

Etat actuel. — Les paupières de l'œil droit offrent un aspect tout spécial. La paupière inférieure n'existe pas; à sa place on trouve une surface irrégulièrement bourgeonnante de couleur rouge jaune lardacée, recouverte par endroits de croûtes et en d'autres d'une sécrétion gris jaunâtre épaisse. Cette surface a environ 3 centimètres de longueur. Elle se continue sur la tempe en dehors de l'angle externe par une ulcération verticale recouverte d'une croûte épaisse et sèche.

La paupière supérieure est attirée en bas et soudée par la moitié interne de son bord ciliaire avec la peau de la joue, la moitié externe est libre et porte quelques cils agglutinés.

Au-dessus du bord libre, on aperçoit le globe et sa conjonctive bulbaire. Le globe est absolument immobile, figé dans l'orbite et adhérent à la face postérieure de la paupière supérieure. La peau de la paupière supérieure est rosée et ridée. La peau de la joue est rosée et luisante, tendue et ramassée vers l'angle interne de l'œil. Cette peau est parcourue par de nombreuses veinosités. A gauche on ne note rien autre que l'ectropion de la paupière inférieure. Le globe oculaire est normal : arc + 0,75 D. V = 5/15.

Il n'y a pas d'adénopathie préauriculaire ou sous-maxillaire. On pose le diagnostic d'épithéliome palpébro-oculaire et on décide l'éviscération de l'orbite avec résection de toute la région envahie.

L'opération est faite le 31 octobre 1903, avec l'assistance du docteur Chaillous et de MM. Bial et Guénot, internes de service.

On fait une incision supérieure partant de la base du nez et longeant le bord orbitaire supérieur, puis remontant sur la tempe pour circonscrire le prolongement temporal de la tumeur.

Une seconde incision part de la racine du nez et suit le bord orbitaire inférieur pour rejoindre l'incision supérieure. L'incision comprend la peau et les tissus profonds. Arrivé sur le rebord osseux, on décolle le périoste jusqu'au trou optique. On suture la plaie temporale et on fait une incision parallèle à la peau du sourcil pour permettre de rapprocher le tiers externe des lèvres de la plaie orbitaire. On place un gros drain dans l'entonnoir orbitaire.

5 novembre. — Premier pansement. Ablation des fils et du drain. On les remplace par une mèche iodoformée. A partir de ce jour les pansements sont changés tous les trois ou quatre jours, et la plaie diminue rapidement de dimensions.

12 décembre. — Il reste à peine une surface de un centimètre carré qui ne soit pas recouverte d'épithélium.

9 janvier 1904. — La guérison est complète.

20 janvier. — Je procède à la cure de l'ectropion de l'œil gauche par une excision losangique de la muqueuse.

Ceci fait, il s'agissait de parer à la mutilation résultant de la suppression du globe oculaire et des paupières. Nous avons pensé qu'un appareil caoutchouté pourrait, dans une certaine mesure, remplir ce but...

OBSERVATION IX (résumée et personnelle)

Epithélioma de la paupière inférieure et de l'angle interne.

— *Blépharoplastie par le procédé à tiroir (1).*

B... Julie, trente-sept ans, ménagère, entre à la clinique ophtalmologique du professeur Rollet le 28 novembre 1905.

(1) Nous donnons ces deux dernières observations personnelles comme exemples de blépharoplastie à double tiroir, suivant le procédé de M. Rollet.

Elle vient pour une affection de la paupière inférieure et de l'angle interne, du côté droit, ayant débuté il y a quinze mois par un petit bouton; on note un léger épiphora, et un écoulement purulent très abondant. Elle a un peu de photophobie.

Elle accuse des douleurs locales, irradiées à la tempe et à la région frontale.

Le petit bouton du début ayant envahi toute la paupière inférieure, la malade se décide à venir à l'hôpital.

Actuellement, sa paupière inférieure, rongée par le néoplasme, manque, sauf à l'angle externe. Sa paupière supérieure, qui a été respectée, a ses cils agglutinés en pinceaux. Le grand angle de l'œil est complètement envahi par le néoplasme.

La fente palpébrale, rétrécie, se trouve en outre bridée vers la partie interne par des adhérences.

Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire notable; on ne constate qu'un ganglion très net de l'angle du maxillaire inférieur.

On note encore une légère injection de la conjonctive; il n'y a pas d'hypertension.

Chambre antérieure, et fond d'œil normaux.

12 décembre 1905. — M. le professeur Rollet pratique l'énucléation du globe, avec ablation verticale de la moitié interne de la paupière; il forme ensuite un rideau au-devant de la cavité orbitaire à l'aide d'un tiroir supérieur et d'un tiroir inférieur, qu'il suture.

9 janvier 1906. — On pratique une section au niveau de la commission interne, pour libérer les deux paupières

On fait également la suture d'un léger colobôme de la paupière supérieure.

16 janvier 1906. — La malade quitte le service avec une paupière supérieure satisfaisante. Il y a impossibilité de placer un œil artificiel en raison de l'absence de cul-de-sac conjonctival inférieur.

14 septembre 1906. — La malade revient parce qu'elle souffre au niveau de l'angle externe où existe une tuméfaction dure, grosse comme un pois, douloureuse.

Il n'y a pas de ganglions; on fait l'extirpation du noyau épithéliomateux.

OBSERVATION X (résumée et personnelle)

Epithélioma de l'angle interne. — Blépharoplastie par le procédé à tiroir.

Sch... François, soixante-sept ans, sans profession, entre à la salle Saint-Charles, service de M. le professeur Rollet, le 22 janvier 1906.

Son affection a débuté il y a douze à treize ans par un bouton à l'angle interne de l'œil gauche. Pendant les quatre dernières années, pas d'augmentation notable, pas d'extension du néoplasme. Mais depuis quatre à cinq mois, l'accroissement de la tumeur — pour laquelle il vient à l'hôpital — s'est fait rapide.

A l'examen, on lui trouve un gros ganglion sous-maxillaire; il n'y en a pas de préauriculaire. Sa paupière inférieure est à moitié détruite par le néoplasme à forme végétante; le grand angle de l'œil est également envahi; le néoplasme pousse en haut un prolongement qui soulève la paupière supérieure; il s'insinue entre cette paupière et la cornée dont il recouvre la périphérie, mais sans l'intéresser autrement.

L'acuité de cet œil est égale à 1/10.

7 février 1906. — Le malade est opéré par M. le professeur Rollet, qui pratique sur lui l'extirpation de la tumeur et l'énucléation du globe; une partie des paupières supérieure et inférieure a été également enlevée. L'opération est terminée par une blépharoplastie à double tiroir. Les

deux lambeaux cutanés, l'un supérieur, l'autre inférieur, sont attirés et suturés.

Le drainage de la cavité est assuré par une mèche.

14 février. — Les deux lambeaux ont légèrement laché du côté temporal; la cicatrisation est en bonne voie.

7 avril. — Le malade quitte l'hôpital.

Nous l'avons revu plus tard. La sensibilité était un peu diminuée à gauche.

CHAPITRE VI

Pronostic

Ainsi qu'il résulte des indications mêmes de l'exentération complète sous-périostée, le pronostic est toujours grave, pour ne pas dire qu'il est fatal à plus ou moins brève échéance. En effet, si l'intervention par elle-même est absolument bénigne, peut-on jamais affirmer qu'on n'a pas oublié le moindre petit nodule néoplasique ? et combien de fois aussi la section du nerf optique, ou le curettage des sinus envahis ne peuvent être poussés assez loin pour dépasser le mal. Nous ne parlons pas du cas, fatal à bref délai, où la généralisation viscérale s'est déjà faite au moment de l'intervention, et qui reçoit comme un coup de fouet du fait de l'intervention elle-même.

A propos du sarcome, la tumeur que l'on rencontre le plus communément, Chauvel (1) dit : « Opéré de bonne heure la guérison apparente peut persister quelques années, mais la récurrence locale est la suite habituelle de l'affection. On observe alors des tumeurs métastatiques plus fréquemment que dans la marche naturelle de l'affection. Toute intervention est inutile, lorsque l'altération de la santé générale ne

(1) Chauvel, in *Dictionnaire de Dechambre*, article « Orbité ».

laisse aucun doute sur la généralisation de l'affection ».

L'opinion de De Wecker(1) n'est pas différente : « Pour le mélando-sarcome de l'orbite, le pronostic est des plus sérieux, dans les trois quarts des cas la récurrence a été prompte et la généralisation la règle. Lorsqu'on a relaté une absence de récurrence prolongée, on est à se demander si une erreur n'a pas été commise concernant le caractère histologique de la tumeur ».

Et Verneuil au Congrès de Chirurgie de 1888 : « Sans doute, il y a un moyen opératoire accepté par tous les chirurgiens, et qui consiste dans l'ablation précoce et très large du mal. Mais, lors même que l'opération est faite dans ces conditions, il est certain que la récurrence est encore la règle. Le cancer ne guérit ordinairement pas; ainsi que la tuberculose, il peut débiter comme maladie localisée, mais une fois installé, il n'abandonne plus sa victime; extirpé il laisse une trêve de durée variable au bout de laquelle la récurrence se produit ».

Quant à Lucas-Championnière, il est d'avis « qu'il s'agit là d'un *noli me tangere* ».

Nous avons trouvé dans la thèse de Barbot (2), déjà ancienne, une intéressante observation, moins sombre que les opinions que nous venons de rapporter. C'est l'histoire d'une tumeur ayant récidivé sept fois dans l'espace de douze ans. Le globe avait été respecté dans les quatre premières interventions; à

(1) De Wecker, *Traité des Maladies des Yeux*.

(2) Barbot, *Sarcomes de l'Orbite*, Thèse de Paris, 1877.

la cinquième, on pratique l'ablation de l'œil avec la tumeur, en passant la rugine au-dessous du périoste. Suites simples. Quelques mois plus tard l'orbite étant à nouveau comblé par la tumeur, on en pratique l'ablation à la rugine. Un an après, nouvelle intervention; la paroi supérieure était érodée sur une certaine étendue. Enfin, la maladie de l'orbite réapparaissait encore, et à la septième et dernière intervention, on constatait une perforation de la paroi supérieure de l'orbite pouvant admettre l'extrémité du petit doigt. Ce malade a donc en douze ans subi huit interventions. Entre celles-ci le plus court intervalle a été de six mois; le plus long de quatre ans.

Mais c'est surtout chez l'enfant que le sarcome a une marche inexorable; plus le sujet est jeune, plus le mal est terrible. Telle l'observation de Horner, rapportée encore dans la thèse de Barbot. Il s'agit d'un myxo-sarcome de l'orbite, chez un enfant de quatre ans. On pratique l'exentération. Deux mois après le malade revient : le néoplasme s'était reproduit et remplissait tout l'orbite. L'enfant succombait sans intervention au bout de quatre mois. La tumeur avait poussé à travers la fente sphénoïdale jusqu'à la surface inférieure du cerveau, un prolongement de la grosseur d'une noix.

Telle encore l'observation suivante que nous trouvons dans la thèse de Vial (1). Il s'agit d'une fillette de dix-neuf mois atteinte d'un sarcome fasciculé de l'orbite. On fait l'énucléation. Deux mois après, une

(1) Vial, *Contribution à l'étude de la perforation du crâne par les sarcomes qui évoluent dans l'orbite*. Thèse de Toulouse, 1899-1900.

tumeur mamelonnée de la grosseur d'une orange a envahi l'orbite. Exentération. Amaigrissement rapide; œdème de la face; mort. A l'autopsie tumeur de 8 sur 10 centimètres allant du milieu du front jusqu'à l'angle de la mâchoire; joue et narine droites en partie détruites; envahissement de l'os molaire, destruction à peu près complète des parois du sinus maxillaire et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; léger envahissement du frontal et du temporal droits. La paroi interne de l'orbite paraît saine. Mais à la base du cerveau, petit prolongement de la tumeur de la grosseur d'une noisette.

Le pronostic, très grave chez l'enfant, l'est encore, quoique à un moindre degré chez l'adulte. Mais le terme pour être plus éloigné n'en est pas moins fatal. Ainsi ce sarcome de l'orbite droit avec perforation du crâne chez un homme de cinquante-trois ans (thèse de Vial). Six mois après l'énucléation, l'orbite est progressivement envahi par une tumeur qui remplit bientôt toute la cavité. Pas de douleur. Curetage. Un an après apparaît sous le tragus une petite tumeur qui cesse de s'accroître au bout de six mois; elle est alors comme un œuf de poule; le malade la garde sans changement pendant onze ans. A ce moment, la tumeur se réveille et devient douloureuse pendant cinq ans. Quoique jugée impraticable, le malade réclame une intervention. Le décollement du périoste est facile dans tout le côté externe de l'orbite; mais du côté interne, prolongement de la tumeur dans le crâne par un orifice de la taille d'une pièce de deux francs; autre prolongement le long du nerf optique.

L'évidement complet de l'orbite est pratiqué. L'observation est muette sur le sort ultérieur du malade, qui ne semble au reste pas douteux.

Chez le vieillard, le pronostic se fait moins grave; on sait en effet que l'envahissement de l'orbite par un mélano-sarcome de la choroïde, par exemple, est lent à se produire chez lui; et la tumeur met un temps beaucoup plus long à atteindre ces proportions énormes que l'on rencontre chez l'adulte. De même la récurrence, après exentération, évolue lentement avec les mêmes caractères de bénignité relative.

Enfin, dans le pronostic également, doit rentrer le point de départ de la néoplasie. Barroyer (1) dit dans sa thèse, en parlant des sarcomes : « Les sarcomes sont souvent secondaires à une tumeur de la choroïde; il est évident que, si grâce à un diagnostic précoce, on peut intervenir avant que la tumeur ait perforé la coque oculaire, on aura plus de chances d'avoir évité au malade métastases et généralisations. Lagrange, en effet, sur vingt cas de mélano-sarcomes de la choroïde, a obtenu, grâce à une intervention précoce et radicale, onze guérisons après un an ou deux, c'est-à-dire après un laps de temps assez long pour qu'on puisse considérer ces malades comme ayant de grandes chances d'être définitivement guéris. »

Si la tumeur a perforé l'œil ou si elle a envahi l'orbite ou le périoste, le pronostic s'assombrit beaucoup. Il est enfin fatal, si, au cours de l'opération,

(1) Barroyer, *Les Sarcomes de l'Orbite, leur pronostic*. Thèse de Lille, 1900.

TABLEAU I

ORIGINE de L'OBSERVATION	AGE SEX	SIÈGE POINT DE DÉPART	NATURE HISTOLOGIQUE	INTERVENTION	RÉSULTAT
De Lapersonne	H. 53 ans	Choroïde, Récidive dans l'orbite	Mélano Sarcome	Exentération	Guéri après 11 ans
id.	F. 80 ans	id.	id.	id.	Pas de récidive après 8 mois
Combalat	H. 35 ans	Sarcome de l'orbite à début oculaire	Fibro-Sarcome Pas de pigmentation	id.	Survit sans récidive
id.	H. 79 ans	Orbite Point de départ inconnu	Sarcome embryonnaire	id.	Pas de récidive après 2 ans
Knapp	F. 62 ans	Choroïde	Mélano-Sarcome	Enucléation	3 mois après, pas de récidive
id.	H. 52 ans	id.	Leuco-Sarcome	id.	2 ans 1/2 après, santé bonne
De Græfe	H. 49 ans	id.	Mélano-Sarcome à petites cellules	id.	5 ans après, pas de récidive
Teillais	F. 40 ans	Orbite	Cellules types du Sarcome fusco-cellulaire	Ablation	Pas de récidive après 7 ans

TABLEAU II

ORIGINE de l'OBSERVATION	ÂGE SEX	SIÈGE POINT DE DÉPART	NATURE HISTOLOGIQUE	INTERVENTION	RÉSULTAT
Hulke	H. 50 ans	Choroïde	Mélano Sarcome	Encléation	Mort 3 ans après, récidive Foie cancéreux
De Wecker	H. 42 ans	Choroïde. Perforation de la sclérotique	Sarcome mélanique	id.	Récidive 1 an après
De Gräfe	F. 45 ans	Choroïde	Sarcome mélanique fusco-cellulaire	id.	2 ans après, mort par récidive et généralisation
Hasket-Derby	H. 48 ans	id.	Sarcome mélanique	id.	Mort 18 mois après Métastases dans le foie
Knapp	H. 63 ans	id.	Mélano-Sarcome bien caractérisé	id.	9 mois après, cachexie et mort Généralisation très probable

on s'aperçoit que l'origine du néoplasme se trouve dans les cavités voisines de l'orbite.

Nous avons également emprunté à la thèse de Barroyer le tableau d'ensemble ci-dessus de diverses observations résumées par lui, et qui permet de se rendre compte de la variabilité du pronostic suivant l'âge du malade, le point de départ de la tumeur et sa nature histologique, et enfin le mode d'intervention. Pour ce dernier, il est facile de voir combien l'exentération est plus efficace que les opérations moins complètes, ainsi qu'il était facile de le prévoir.

Nous rappellerons enfin, à propos du gliôme de la rétine, les chiffres du docteur Hugo Winters-teiner que nous donnions plus haut, ainsi que ceux de Panas. Sur un ensemble de 533 cas, ou mieux des 326 seulement dont les résultats sont connus, on notait :

68 guérisons de deux ans et plus;

13 guérisons de un an;

15 récurrences (suivies de mort probablement);

230 morts constatées.

Ces chiffres, d'une brutale statistique, montrent que l'intervention pour les gliômes de la rétine donne des résultats du même ordre que pour les sarcomes. Le pronostic en est donc toujours sombre, et l'opérateur verra sa route jalonnée de plus d'un cadavre avant de compter un succès durable.

CONCLUSIONS

1° L'exentération de l'orbite considérée jadis comme une opération dangereuse (Nélaton, Velpeau) — et elle l'était alors à cause du défaut d'antiseptie — ne l'est plus aujourd'hui. Elle n'emprunte plus actuellement sa gravité qu'à la nature même de la tumeur maligne qui réclame son emploi, au point de départ et au siège de la tumeur, à l'âge du malade, les mêmes tumeurs étant infiniment plus graves chez l'enfant que chez l'adulte, chez celui-ci que chez le vieillard.

2° *Les tumeurs même malignes du nerf optique*, étant généralement encapsulées ne réclament ordinairement pas l'exentération, l'énucléation suffit.

3° *Les tumeurs malignes intra-oculaires* se propageant avec une extrême rapidité, sans que l'opérateur puisse se rendre compte des limites exactes de cette extension — et là il ne s'agit plus de savoir si l'on peut conserver l'œil, mais bien si l'on peut sauver la vie du malade — tels le mélanosarcome de la choroïde et du tractus uvéal, le sarcome blanc embryonnaire et les gliômes de la rétine, l'exentération de l'orbite doit être la règle, l'énucléation l'exception.

Si ces néoplasmes intra-oculaires sont encore cliniquement renfermés dans l'œil, l'exentération sous-conjonctivale peut être suffisante; mais s'ils ont atteint la sclérotique, l'opérateur a pour devoir de pratiquer l'exentération complète sous-périostée.

4° *Les tumeurs malignes des parois de l'orbite :* ostéo-sarcomes, épithéliomes, rendent obligatoire l'exentération complète qui sera toujours atypique, mais il ne faudra jamais escompter un résultat durable, l'intervention ne permettant pas de dépasser les limites du mal.

5° Les statistiques montrent nettement combien l'exentération complète sous-périostée donne des résultats meilleurs — survie plus longue, métastases moins fréquentes, généralisations moins rapides, parfois guérison durable — que les autres interventions moins complètes.

6° Dans les opérations plastiques qui doivent suivre l'exentération, la blépharoplastie à tiroir unique, ou à double tiroir, et l'orbitoplastie par retournement des paupières suivant les procédés du professeur Rollet, se recommandent par leurs bons résultats, soit au point de vue de la marche plus rapide de la cicatrisation dans l'orbitoplastie, soit au point de vue esthétique, dans la blépharoplastie à tiroir.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

E. ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 23 mai 1907.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

(ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Abadie. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1877.

Annales d'oculistique.

Annales de la Société de médecine pratique de Montpellier.

Archives d'ophtalmologie, années 1905-1906.

Archiv für Ophtalmologie, Albrecht von Graefes.

Barbot. — Les sarcomes de l'orbite. Thèse de Paris, 1877.

Barroyer. — Les sarcomes de l'orbite. Thèse de Lille, 1899-1900.

Berlin. — Traité des maladies de l'orbite.

Bonnet. — Traité des sections tendineuses et musculaires. Paris, 1841.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, t. V.

Busachi. — Come si debrà coprire la cavità orbitaria dopo averla svuotata, in *Rif. méd.*, 1891.

Carron du Villard. — Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux. Paris, 1847.

Catania (Romano). — Un nuovo processo di plastica per la copertura della cavità orbitaria, in *Arch. di ottalmol.*, I, p. 209.

Centralblatt. f. praktische Augenh.

Chaillous. — L'opération de Krœnlein dans les affections de l'orbite. Thèse de Paris, 1900.

Clomesnil. — Tumeurs de l'orbite. Thèse de Paris, 1902-1903.

Combalat. — Considérations chirurgicales sur les sarcomes de l'orbite. *Revue de chirurgie*, 1892.

Delens. — Traité de chirurgie, t. IV.

Demarquay. — Traité des tumeurs de l'orbite. Paris, 1860.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris, 1858.

Deval. — Chirurgie oculaire. Paris, 1834.

Dictionnaire de Dechambre, article « Orbite ».

- Domela.** — Ueber die Retrobulbære Chirurgie der Orbita in *Beitr. zur Klin. Chirurgie*, Bd XXVII.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie. Paris, 1897.
Encyclopédie française d'Ophtalmologie.
- Fano.** — Traité pratique des maladies des yeux. Paris, 1866.
- Follin et Duplay.** — Traité de chirurgie, t. IV.
- Fuchs.** — Manuel d'Ophtalmologie.
- Furnari.** — Traité pratique des maladies yeux. Paris, 1841.
- Galezowski.** — Diagnostic et traitement des affections oculaires. Paris, 1883.
- Gayet.** — Éléments d'Ophtalmologie (Cliniques). Paris 1893.
Gazette des Hôpitaux.
- Golovine.** — *Archives d'Ophtalmologie*, 1898, p. 679.
Graefes Archiv. für Ophtalmologie.
- Haab.** — Traduit par Monthus, Atlas manuel de Chirurgie oculaire, 1905.
- Hache.** — *Recueil d'Ophtalmologie*, 1877.
- Jamain.** — *Archives d'Ophtalmologie*, 1853.
- Kirmisson.** — Manuel de Pathologie externe, t. II.
- Küster.** — Die Deckung der Augenhöhle nach Ausräumung derselben, in *Centralblatt f. Chirurgie*, 1890, n° 3.
- Lagrange.** — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite, in *Société française d'Ophtalmologie*. Congrès de 1903.
— Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite, et de ses annexes, t. II. Paris, 1904.
- Le Dentu et Delbet.** — Traité de Chirurgie; t. V.
- Mackensie.** — Traité des maladies de l'œil. Paris, 1857.
- Maître-Jean.** — Traité des maladies de l'œil, 1740.
- Meyer.** — Traité pratique des maladies des yeux, 1880.
- Meyerhof.** — *Archiv. f. Augenheilkunde*, vol. XLV.
- Morax.** — Epithélioma palpébro-conjonctival Eviscér. orbit Prothese orbit., in *Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1904.
- Noorden.** — Ein Fall von Thiersch'schen Transplantation der ganzen Orbitalhöhle, in *Berlin Klin. Woche*, 1891.
- Nysten.** — *Dictionnaire de Nysten*. Paris, 1833.
- Pagenstecher.** — Observations cliniques, 1861.
- Panas.** — Traité des maladies des yeux, Paris, 1894.
- Panas et Rochon-Duvigneaud.** — Recherches sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires. Paris, 1898.

- Pellier de Quengsy.** — Recueil de mémoires et observations sur les maladies des yeux. Montpellier, 1783.
- Perquis.** — Du sarcome primitif de l'Orbite chez l'Enfant. Montpellier, 1887.
- Petit (J.-L.).** — Traité des maladies chirurgicales, t. II, Paris. 1774-1790. *Revue Générale d'Ophtalmologie.*
- Rollet (Etienne).** — Traité d'Ophtalmologie, 1898.
— Traitement de l'Epithélioma palpébral, la Blépharoplastie à tiroir, in *Revue Générale d'Ophtalmologie*, février, 1906.
- Roosbœck (van).** — Cours d'Ophtalmologie, 1853.
- Roudier.** — Etude sur le Sarcome du nerf optique. Thèse de Bordeaux, 1892.
- Saint-Yves.** — Nouveau traité des Maladies des yeux, 1736.
- Scarpa.** — Traité des Maladies des yeux, 1821.
- Schlodtmann.** — Über die Extirpation retrobulbære Tumoren. Halle, 1900.
- Saint-Germain (de).** — Maladies des yeux chez les enfants, 1887.
- Serre.** — Traité de l'Art de restaurer les difformités de la face, 1842.
- Sichel.** — Iconographie ophtalmologique, 1852. *Société française d'Ophtalmologie.*
- Tchilingirof.** — Des Ostéomes de l'Orbite. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.
- Testut.** — Anatomie descriptive, t. III.
- Vacher.** — Manuel pratique des Maladies des yeux, 1890.
- Vial.** — Contribution à l'étude de la perforation du Crâne par les sarcomes qui évoluent dans l'orbite. Thèse de Toulouse, 1899-1900.
- Wardrop.** — On the morbid anatomy of the eye. Edimburg, 1808.
- Wecker (de).** — Traité des maladies des yeux. 1867.
- Wecker (de) et Landolt.** — Traité complet d'Ophtalmologie, t. IV, Paris, 1880.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I ^{er} . — Exposition	1
— II. — Définition. — Historique.	5
— III. — Indications.	9
A) Tumeurs du Nerf optique.	13
B) Tumeurs des autres parties molles de l'orbite.	14
C) Tumeurs des parois.	21
— IV. — Technique opératoire	23
Blépharoplastie	27
a) méthode française par glissement.	29
b) procédé à tiroir de M. Rollet.	30
Orbitoplastie : méthode par retournement de M. Rollet	32
— V. — Observations	33
— VI. — Pronostic	53
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

